

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRE ? ETC...

PRECISER.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRENOM :.....

ADRESSE.....

.....
.....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :.....BUREAU :.....

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :.....

Je soussigné, Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise à faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence (en cas de refus d'hospitalisation, le préciser sous forme écrite).

Date :

Signature :